



## KATARAK SENILIS IMATUR PADA WANITA UMUR 84 TAHUN

**Amindyta O<sup>1)</sup>**

<sup>1)</sup>Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

### Abstrak

**Latar belakang.** Katarak merupakan kekeruhan yang timbul pada lensa yang dapat menyebabkan kebutaan. Pada tahun 1997, WHO memperkirakan terdapat 38 juta orang buta di dunia dan setengahnya disebabkan oleh katarak. Katarak yang berhubungan dengan usia menyebabkan kira-kira 48% kebutaan didunia, yaitu sekitar 18 juta orang. Sekitar 85% dari penderita katarak adalah orang lanjut usia (senile). **Kasus.** Ny N, usia 80 tahun, mengeluh penglihatan berasap. Keluhan disertai dengan silau jika melihat cahaya. Riwayat darah tinggi dan kencing manis disangkal. Pemeriksaan fisik didapatkan tekanan darah 120/70 mmHg. Pemeriksaan fisik mata didapatkan lensa oculi dextra et sinistra keruh, *shadow test* positif pada oculi dextra et sinistra. Kemudian dilakukan tatalaksana pada pasien yaitu pemberian obat tetes mata Catarlent *eye drop* lima kali sehari. **Simpulan.** Faktor usia merupakan salah satu faktor risiko terjadinya katarak. **[Medula Unila.2013;1(5):58-64]**

**Kata kunci:** faktor risiko, katarak, usia tua

## IMATURE SENILE CATARACT IN WOMAN EIGHTY YEARS OLD

**Amindyta O<sup>1)</sup>**

<sup>1)</sup> Student of Medical Faculty Universitas Lampung

### Abstract

**Background:** Cataract is cloudy in lens and can make blindness. In 1997, WHO assumed that 38 million blind peoples, and almost half of them caused by cataract. Cataract in related to age approximately 48% made blindless and about 85% of them are senile. **Case:** Mrs N, age 80, came with chief complain was problem in her eyes. She felt cloudy in her eyes, and felt dazzled. Nothing history of hipertension and diabetes melitus. Physical examintaion resulted blood pressure was 120/70 mmHg. From opthamology examination resulted cloudy both of eye's lens. Theraphy was takken for imature cataract gave Catarlent eye drop five times a day. **Conclusion:** Ages is one of risk factors in cataract. **[Medula Unila.2013;1(5):58-64]**

**Key words:** risk factor, cataract, senile



## Pendahuluan

Katarak adalah kekeruhan pada lensa mata (Vaughan, 2005). Penyebab katarak bermacam-macam diantaranya disebabkan karena proses penuaan, faktor genetik, kelainan bawaan, penyakit metabolik seperti diabetes mellitus, darah tinggi, merokok, alkohol, sinar ultraviolet, dan infeksi yang biasanya didapatkan karena trauma pada mata (Chyntia *et al.*, 2004).

Menurut Ilyas tahun 2004, berdasarkan usia katarak dibagi menjadi 3, yaitu:

1. Katarak senil

Katarak yang terjadi pada usia lanjut, umumnya terjadi pada usia diatas 50 tahun. Biasanya disebabkan karena proses penuaan.

2. Katarak juvenil

Katarak yang terjadi pada anak-anak.

3. Katarak kongenital

Katarak yang terjadi sebelum atau segera setelah lahir.

Katarak senilis adalah katarak yang berkaitan dengan usia, penurunan penglihatan, dengan karakteristik penebalan lensa yang terjadi secara terus-menerus dan progresif (Victor *et al.*, 2006). Katarak senile umumnya dibagi menjadi 4 stadium yaitu:

1. Stadium insipien

2. Stadium imatur

3. Stadium matur

4. Stadium hipermatur

Pada katarak insipien kekeruhan lensa ringan, cairan lensa, iris, bilik mata, sudut bilik mata normal, *shadow test* negatif. Pada katarak Imatur kekeruhan hanya pada sebagian lensa, cairan lensa bertambah, iris terdorong ke depan, bilik mata depan dangkal, sudut bilik mata sempit, *shadow test* positif. Pada katarak matur telah terjadi kekeruhan pada seluruh lensa, cairan lensa, iris, bilik mata, sudut bilik mata normal, *shadow test* negatif. Pada katarak imatur kekeruhan lensa masif, cairan lensa berkurang, iris termulans, bilik mata depan dalam, sudut bilik mata terbuka, *shadow test* pseudops (Ilyas, 2005).



Terjadinya katarak senilis berkaitan dengan faktor lingkungan seperti sinar ultra violet, obat-obatan (kortikosteroid, thiazid, dan penotiazin), penyakit sistemik seperti diabetes melitus, dan makanan (Shinha *et al.*, 2009). Katarak senilis pada penyakit sistemik misalnya darah tinggi dapat disebabkan oleh karena terjadinya perubahan formasi struktur protein kapsul lensa sehingga menyebabkan peningkatan permeabilitas membran dan akhirnya terjadi peningkatan tekanan intraokular. Katarak yang terjadi pada diabetes melitus disebabkan karena adanya perubahan glukosa menjadi sorbitol melalui jalur poliol, sehingga sorbitol menumpuk di dalam lensa dan menyebabkan kekeruhan pada lensa (Pollreis, 2010). Sinar ultraviolet dapat menyebabkan katarak dengan terjadinya penghancuran lensa secara perlahan. Semakin meningkatnya usia maka semakin tinggi asam karbon, asam lemak, asam linolenat, zat-zat tersebut dapat menumpuk pada lensa dan menyebabkan kekeruhan pada lensa (Shinha *et al.*, 2009).

### Kasus

Ny. N, usia 80 tahun, datang ke Rumah Sakit Daerah Ahmad Yani Metro (RSUDAY) bersama anaknya dengan penglihatan kabur seperti melihat asap. Keluhan disertai silau jika melihat cahaya. Keluhan seperti ini dirasakan sejak satu tahun yang lalu, namun dua bulan terakhir keluhan dirasakan semakin memberat, susah melihat, membaca, dan silau jika melihat cahaya. Riwayat keluhan seperti ini sebelumnya tidak ada. Riwayat darah tinggi, kencing manis, dan jantung pada penderita dan keluarga disangkal. Riwayat konsumsi alkohol dan rokok disangkal.

Pada pemeriksaan fisik tanggal 23 April 2012 didapatkan keadaan kompos mentis, keadaan umum tampak sakit sedang, status gizi baik nadi: 80 x/menit, regular, tekanan darah 120/70mmHg, temperatur 37,2<sup>0</sup>C, respirasi 16 x/menit. Pemeriksaan mata, pada konjungtiva palpebra tidak pucat, sklera tidak kuning, iris bewarna coklat, refleks cahaya di kedua mata positif, lensa mata kiri dan kanan keruh, *shadow test* pada mata kiri dan kanan positif, tidak ada edema palpebra, pada pemeriksaan THT, hidung terdapat sekret di kedua mukosa hidung. Pemeriksaan thoraks tampak simetris, suara nafas vesikuler, ronkhi tidak ada,



suara mengi (*wheezing*) tidak ada. Suara jantung S1 dan S2 tunggal, murmur dan gallop tidak ada. Pemeriksaan abdomen tidak tampak distensi, bising usus normal, hepar dan lien tidak teraba. Pemeriksaan ekstremitas dingin, tidak ditemukan edema dan sianosis. Pada pemeriksaan rangsang meningeal tidak ada kelainan. Pemeriksaan laboratorium pada tanggal 23 April 2012 didapatkan GDS 140 gr/dl, leukosit 6700/ul. Pada pemeriksaan oftamologi di dapatkan visus 6/30 pada mata kanan dan 6/30 pada mata kiri, tidak ditemukan eksoftalmus, endoftalmus, nistagmus, strabismus, hiperemi dan edem. Terdapat kekeruhan sebagian pada kedua lensa mata. *Shadow test* positif pada kedua lensa mata.

### **Pembahasan**

Diagnosis katarak pada penderita berdasarkan pada anamnesis dan pemeriksaan fisik, yaitu didapatkan keluhan utama berupa penglihatan kabur (seperti melihat asap) disertai dengan silau jika melihat cahaya. Pasien mengaku tidak ada riwayat trauma pada mata, darah tinggi, kencing manis, dan jantung. Dari pemeriksaan fisik didapatkan lensa pada mata kiri dan kanan pasien mengalami kekeruhan sehingga menyebabkan penurunan visus (kabur). Pada pemeriksaan fisik mata didapatkan bahwa lensa mata mengalami kekeruhan sebagian, refleks pupil masih positif, dan *shadow test* positif. Dari gejala diagnosis mengarah ke katarak tetapi imatur. Normalnya lensa merupakan struktur yang bening dan transparan. Pada pasien penglihatan kabur (seperti melihat asap) ini disebabkan oleh karena adanya kekeruhan pada lensa yang menyebabkan terganggunya refraksi mata. Mata tidak dapat melewati media refraksi secara normal karena terhalang oleh lensa yang keruh (Vaughan, 2005).

Adapun faktor risiko terjadinya katarak meliputi usia diatas 50 tahun, wanita, keadaan sosial ekonomi rendah, sering terpapar sinar ultraviolet, kolesterol tinggi, kadar protein dan albumin tubuh rendah (Vaughan, 2005). Pada penderita risiko terjadinya katarak merupakan adalah jenis kelamin wanita dan umur 80 tahun, dimana risiko terjadinya katarak meningkat diatas umur 50 tahun. Risiko katarak lebih banyak terjadi pada wanita. Risiko katarak adalah 0,78 (95%CI



0,63-0,97) pada pria dan pada wanita ( $p=0,002$ ). Prevalensi katarak pada wanita 64% dan 56,1% pada pria ( $p=0,004$ ) (Wijana, 2003).

Pada pemeriksaan visus didapatkan VOD : 6/30 dan VOS : 6/30. Pasien masih dapat melihat huruf pada baris kedua pada snellen chart dengan jelas, hal ini disebabkan karena kekeruhan pada lensa hanya sebagian. Oleh karena kekeruhan dibagian posterior lensa, maka sinar oblik yang mengenai bagian yang keruh ini, akan dipantulkan lagi, sehingga pada pemeriksaan, terlihat dipupil, ada daerah yang terang sebagai refleksi pemantulan cahaya pada daerah lensa yang keruh dan daerah yang gelap, akibat bayangan iris pada bagian lensa yang keruh., keadaan ini disebut *shadow test* positif (Ilyas, 2005).

Terapi obat-obatan yang diberikan pada katarak imatur diberikan obat tetes mata *Catarlent eye drop* 5 kali sehari 1 tetes untuk memperlambat terjadinya kekeruhan lensa. Tidak ada perawatan medis yang terbukti berguna untuk menunda, mencegah, atau membalikkan perkembangan katarak. Pembedahan dilakukan pada katarak matur. Penatalaksanaan dapat dilakukan dengan pembedahan. Ada dua teknik pembedahan katarak, menurut Vaughan 2005 yaitu:

1. *Intra-Capsular Cataract Extraction (ICCE)*

Pengambilan lensa dilakukan secara in toto sebagai satu potongan utuh, dimana nukleus dan korteks diangkat didalam kapsul lensa dengan menyisakan vitreus dan membrana Hyaloidea. Kapsula posterior juga diangkat sehingga IOL tidak dapat diletakkan di bilik mata posterior. IOL dapat diletakkan di bilik mata anterior dengan risiko infeksi kornea. Selain itu tidak ada lagi batasan antara segmen anterior dan posterior yang dapat meningkatkan kemungkinan komplikasi lainnya seperti *vitreus loss*, cystoid macular edema, dan endophthalmitis. Teknik ini digunakan dalam kasus tertentu antara lain bila terjadi subluksasio lensa atau dislokasi lensa.

2. *Extra-Capsular Cataract Extraction (ECCE)*

Nukleus dan korteks diangkat dari kapsul dan menyisakan kapsula posterior yang utuh, bagian perifer dari kapsula anterior, dan zonula zein. Teknik ini selain menyediakan lokasi untuk menempatkan *intra ocular lens* (IOL), juga dapat dilakukan pencegahan prolaps vitreus dan sebagai pembatas antara



segmen anterior dan posterior. Sebagai hasilnya, teknik ECCE dapat menurunkan kemungkinan timbulnya komplikasi seperti *vitreous loss*, edema kornea. Ada 3 teknik operasi ECCE, yaitu (Smith, 2003):

- a. *Incision*
- b. *Mobilisation of nucleus*
- c. *Removal of the nucleus*

Simpulan bahwa faktor umur berperan penting dalam terjadinya katarak. Pada katarak senilis imatur tatalaksana ialah menunggu sampai semua lensa menjadi matur baru dapat dilakukan pembedahan.

### Daftar Pustaka

- Chnytia A., David L., Michael D., et al. 2004. Optometric Clinical Practice Guideline Care of the Adult Patient with. Optometric Parctical Clinic Guideline: American Optometric Assosiation. pp. 9-10.
- Ilyas, S. 2006. Ilmu Penyakit Mata. Edisi Ketiga. Jakarta: Balai Penerbit FKUI. hlm. 72-75.
- Ilyas, S. 2005. Kedaruratan dalam Ilmu Penyakit Mata. Cetakan Ketiga. Jakarta: Balai Penerbit FKUI. hlm. 73-74.
- Ilyas, S. 2004. Penuntun Ilmu Penyakit Mata. Cetakan ke- 5. Jakarta: Balai Penerbit FKUI. hlm. 69-70.
- Smith, JS. 2003. Sutureless Cataract Surgery: Principles and Steps. Community Eye Health Journal. pp. 49-53. Dalam [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1705836/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1705836/) diakses tanggal 9 Oktober 2013.
- Pollreis, A., Ursula Schmidt Erfurt. 2010. Diabetic Cataract Pathogenesis, Epidemiology and Treatment. Journal of Opthamology. Dalam [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2903955/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2903955/) diakses tanggal 9 Oktober 2013.
- Shina, R., Chandrashekhar, K., et al. 2009. Etiopathogenesis of cataract: Journal Review.Indian Journal of Opthamology. pp. 245-249. Dalam [www.ijo.in](http://www.ijo.in). Diakses tanggal 9 Oktober 2013.
- Vaughan, D.2005. Oftalmologi Umum. Alih bahasa Jan Tambajong dan Brahm U. Ed.14. Jakarta : Widya Medika. hlm. 98-99.
- Victor, D., Ocampo, Jr. et al. 2011. Cataract Senile. Dalam Medscape. Diakses tanggal 9 Oktober 2013.



Wijana, N. 2003. Atlas Ilmu Penyakit Mata cetakan ke-5. Jakarta : Sagoeng Seto.  
hlm.101-103.